

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 188

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Benjamin DUVSHANI

Né le 15 Juin 1930, à JERUSALEM (Israël)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS
DE SYNDROME DU CANAL CARPIEN
D'ORIGINE GOUTTEUSE

Président : Monsieur de SEZE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Benjamin DUVSHANI

Né le 15 Juin 1930 à JERUSALEM (Israël)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME DU CANAL

CARPIEN D'ORIGINE GOUTTEUSE

--

Président : Monsieur de SEZE (Professeur)

--

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1962



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BUL-
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C),
DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P),
LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M),
MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H),
MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAIL-
LIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C),
SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education	
physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- gicales	
(Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et	
orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique	
et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal)	VARANGOT
obstétricales (Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

MM.

Hygiène des collectivités	DEPARTIS
(ch. à t.pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (I)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	COUINAUD (C)
	OLIVIER (G)
	GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F)
	GOUYGOU (Ch)
	ORCEL (L)
	PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	BARBIER (P)
	CHRISTOL (D)
	TOURNIER (P)
	DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	POLONOVSKI (J) m.conf.
	SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	DENOIX (P)
Carcinologie	MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)
Histologie	(COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G)
Obstétrique	MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	DUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl)
Pathologie chirurgicale	FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
Pathologie expérimentale	MAURICE (J)
	PLAS (F)
	RICHET (G)
	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	CATINAT (J)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
	JOSEPH (R)
	MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	CERNEA (P)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	GRELLET (M)
	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophthalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique	
	(ROUX (M)	oto-rhino-	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
Clinique	(DOMART (A)	et puéricul-	
médicale	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	(KUSS (R)
		urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P)	pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J)	pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)	pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)	
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)	
	Melle CHAINTREUIL (G)	
	Melle HURE (A)	
Conservateur, chargé de la direction		
de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)	
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)	
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),	
	LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur S. de SEZE,

Professeur d'Histoire de la Médecine
et de la Chirurgie à la Faculté de
Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de prési-
der cette thèse,

Avec nos sentiments de res-
pectueuse reconnaissance.

A PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME DU CANAL CARPIEN

D'ORIGINE GOUTTEUSE

-;-

INTRODUCTION

--

Depuis l'observation principale rapportée par Pierre MARIE et FOIX, en 1913, un nombre de plus en plus important de cas de syndromes du canal carpien (névrite du médian) a été publié et en même temps s'élargissait le chapitre de l'étiologie de cette affection. Les traumatismes, les polyarthrites rhumatoïdes, les ténosynovites tuberculeuses ou non, les états endocriniens (grossesse, ménopause, myxoedème, acromégalie), les maladies générales (amylose) sont parmi les différentes causes d'un syndrome qui semble plus fréquent à mesure qu'il est mieux connu.

C'est à partir de 1958 que des cas de syndromes du canal carpien ayant pour origine la maladie goutteuse sont publiés.

Le nombre des cas semblables est encore bien petit dans la littérature et il nous a semblé intéressant d'en présenter un, diagnostiqué précocement et traité avec d'excellents résultats.

--

I

RAPPEL ANATOMIQUE

-:-

Le canal carpien est formé par la concavité de la gouttière antérieure du carpe en arrière et par le ligament annulaire antérieur en avant. La berge externe (radiale) est formée par le tubercule du scaphoïde et par la crête du trapèze. La berge interne (cubitale) est formée par le pisiforme et par l'apophyse unciforme de l'os crochu.

C'est sur le bord inférieur du ligament annulaire qui apparaît épais et rigide, que se réfléchissent les tendons fléchisseurs.

Le canal carpien est divisé en deux loges par une lame fibreuse qui se fixe d'une part sur la face profonde du ligament près de son bord externe et d'autre part sur la face antérieure du scaphoïde, du trapézoïde et du grand os. La loge externe est destinée au tendon du grand palmaire et la loge interne aux tendons fléchisseurs, leurs gaines synoviales et le nerf médian.

Celui-ci est devant le tendon superficiel de l'index entre les gaines séreuses digitales - carpiennes interne et externe avec lesquelles il est en rapport étroit.

Il est exposé à tout rétrécissement du canal carpien, n'étant protégé par aucun tissu mou. Par ses branches terminales en lesquelles il se divise en sortant du canal carpien, le nerf médian donne des filets moteurs pour le court abducteur du pouce, l'opposant du pouce, le chef superficiel du court fléchisseur du pouce et pour les premier, deuxième et troisième lombri-caux et des filets sensitifs pour la face palmaire des trois premiers et de la moitié externe du quatrième doigt ainsi que pour la face dorsale des deuxième et troisième phalanges des deuxième, troisième et la moitié externe du quatrième doigt .

Le nerf médian s'anastomose par des collatéraux avec le nerf cubital, ce qui explique certaines anomalies cliniques du syndrome du canal carpien caractérisé par sa compression.

II

RAPPEL CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE

-:-

A / Le syndrome du canal carpien est uni- ou bilatéral. Il est nettement plus fréquent chez la femme. Il existe en général un long délai entre le moment où le malade ressent les premiers symptômes et la date de la première consultation, ce qui empêche dans bien des cas à préciser si le syndrome est bilatéral d'emblée ou si l'atteinte d'un côté a précédé dans le temps l'atteinte de l'autre.

Le début est en général très progressif.

Le tableau clinique est formé de quatre groupes de symptômes :

I- Les paresthésies dont le siège est le territoire innervé par les branches terminales du nerf médian à la main. Elles sont de types variés : fourmillements, picotements, engourdissement, avec souvent une note douloureuse et causalgique.

Les paresthésies sont à prédominance nocturne réveillant souvent le malade; les crises diurnes sont plus tardives et, sont alors très souvent en rapport avec certains gestes.

2 - Troubles de la sensibilité objective :

C'est une hypoesthésie plus ou moins étendue, plus ou moins marquée à tous les modes.

3 - Le déficit moteur :

Amyotrophie thénarienne, avec gêne de la préhension. La pince pouce-index cède facilement et il y a une difficulté de l'opposition du pouce.

4 - Troubles trophiques et vasomoteurs assez rares ; modification de la couleur et de la température de la peau, oedèmes, troubles de la sudation, altération des ongles, ou encore des ulcérations cutanées, surtout au niveau des pulpes des doigts.

A l'examen, on peut mettre en évidence :

1 - Le signe de Thinel : la percussion du médian au poignet avec un marteau à réflexes entraîne une sensation de fourmillements dans le territoire innervé par le médian.

2 - Les manoeuvres de flexions et d'extension forcées du poignet entraînent, chez les sujets bien portants, des fourmillements et un engourdissement après un temps assez long. Par contre, dans le syndrome du canal carpien, les fourmillements et l'engourdissement apparaissent très rapidement.

3 - Test de Gilliat et Wilson : la pose d'un garrot pneumatique maintenu à une pression supérieure à la pression systolique entraîne régulièrement et rapidement des paresthésies.

L'examen radiographique n'est utile que pour préciser l'étiologie.

L'examen électrique des muscles de l'éminence thénar est très important, pouvant mettre en évidence une diminution des courants d'action avant même que n'apparaissent des troubles moteurs cliniquement décelables.

B / La goutte tophacée est plus fréquente chez l'homme. Elle touche plus de la moitié des gouteux.

Le tophus est un élément assez tardif dans l'histoire de la maladie goutteuse (en moyenne dix ans après la première crise), mais peut apparaître plus précocement.

Il se développe en général insidieusement, sans douleur, et sans inflammation ; parfois, après une fluxion goutteuse (surtout au pied et au doigt.

L'arthropathie uratique se définit par une impregnation du cartilage qui s'ulcère tandis que croît une ostéophytose marginale. Les extrémités osseuses se creusent de géodes et s'encochent de lacunes. La synoviale réagit par une inflammation chronique à l'incrustation uratique.

On sait que la goutte peut frapper les bourses séreuses, les tendons et les gaines synoviales (avec une prédilection pour le bourse rétro-olécraniennne) et il n'est pas rare qu'à la fluxion primaire fasse suite un dépôt uratique au niveau même des tendons.

III

CAS DE MONSIEUR M...

Monsieur M..., âgé de cinquante trois ans, chaudronnier de son métier, entre dans le service de Monsieur le Professeur de SEZE, à l'Hôpital Lariboisière, le 15 Janvier 1959 pour : fourmillements et brûlure au niveau des doigts de la main droite d'apparition récente.

Histoire :

La maladie a débuté en 1950, par une crise de goutte aiguë qui a duré quinze jours avec tuméfaction, chaleur et rougeur du gros orteil gauche, entraînant une impotence marquée. Cette première crise a cédé au traitement par la colchicine et tous les phénomènes ont régressé complètement.

Une nouvelle crise violente au même niveau, en 1952, durant plus d'un mois, est, semble-t-il, tardivement traitée avec succès.

De 1952 jusqu'en 1958 : goutte polyarticulaire se manifestant par des crises rapprochées mais d'une violence bien moindre que les premières atteignant les pieds, le genou et les coudes. Les mains ne sont atteintes qu'au mois de Janvier 1958.

Le premier tophus apparaît en 1957 au niveau du coude gauche et vers la même époque le malade fait deux crises de coliques néphrétiques sans suite.

Traité pendant toute cette période par le régime, les cures thermales, la colchicine, la butazolidine, et les corticoïdes avec succès, le malade supporte bien sa maladie.

Depuis le mois d'Octobre 1958, apparition de fourmillements au niveau du pouce et de l'index de la main droite s'étendant ensuite aux quatre premiers doigts et se compliquant de causalgies de plus en plus insupportables, réveillant le malade la nuit.

A ces fourmillements et à cette causalgie s'ajoutent un mois avant l'hospitalisation une perte de la sensibilité tactile (" Je n'ai pas l'impression de sentir avec les doigts ce que je vois "), une perte de la sensibilité thermique (" La bouilloire, même tiède, me semble très chaude ou très froide "), et un affaiblissement de la musculature de la main droite (" Il m'arrive de plus en plus souvent de lâcher les objets ") .

Antécédents familiaux :

- soeur goutteuse
- frère : " rhumatisme déformant "

Examen clinique du malade :

On note par l'inspection la présence de concrétions circonscrites au niveau des orteils, du genou droit et de la région olécranienne gauche (celle-ci de la taille d'une noix).

Quelques petits éléments de la taille d'une

tête d'épingle au niveau de l'articulation première phalange-deuxième phalange de l'index et du medius droits. Aucune de ces concrétions ne gêne la mobilité des articulations.

Membre supérieur droit :

- épaule normale
- biceps anormal : lors de la contraction-ascension nette de la saillie musculaire.
- les muscles de l'avant-bras ont tous une mobilité et une force normales.
- au niveau de la main, on remarque à l'inspection un affaissement de la loge thénarienne et l'examen de la force musculaire met en évidence un affaiblissement net des muscles de cette loge avec diminution de la force de la pince pouce-index et de l'opposition.

L'examen de la sensibilité de la main met en évidence une hypoesthésie à tous les modes dans tous les territoires qui ne sont pas innervés par le cubital y compris la partie moyenne et externe de la paume de la main et la partie externe de la face dorsale de la main.

Membre supérieur gauche :

La seule anomalie décelée est une atteinte légère et diffuse de la motricité et de la sensibilité de toute la main gauche.

Le Cou :

Mouvements non limités dans tous les sens. Aucune douleur ni anomalie à l'inspection et à la palpation.

Réflexes ostéotendineux normaux à tous les niveaux.

D'après l'histoire et l'examen clinique, le diagnostic de goutte tophacée est certain et on conclut à un syndrome neurologique des deux mains dont l'étiologie est à établir.

Examens para-cliniques :

- uricémie : 73 mg pour 1 000
- numération et formule sanguine
 - globules rouges 4 880 000
 - globules blancs 12 400
 - hémoglobine 105 pour cent
 - valeur globulaire 1
 - polynucléaires neutrophiles 70 pour cent
 - polynucléaires basophiles 1 pour cent
 - lymphocytes 7 pour cent
 - grand lymphocytes 16 pour cent
 - monocyte 6 pour cent
- culot urinaire
 - urine légèrement trouble
 - très rares leucocytes
 - pas d'hématies ni cylindres ni germes.

Le 18 Janvier 1959, on pratique un examen électrique des muscles des membres supérieurs.

Compte rendu :

Réaction électrique normale aux deux membres supérieurs (biceps droit en particulier).

Les muscles de l'éminence thénar droite présentent une hypoexcitabilité certaine avec ébauche de lenteur galvanique.

Du 18 Janvier au 27 Janvier :

- protides sanguins 75 g pour 1 000
- sérine 43,5 pour 1 000
- globuline 29,5 pour 1 000
- rapport sérine / globuline 1,5

P.S.P. après quinze minutes 10 pour cent
après soixante dix minutes quarante p.100

- Dix sept céto-stéroïdes : baisse importante de toutes les fractions.
- test de Waaler-Rose : négatif
- recherche des cellules de Hargraves : négative.

Un examen ophtalmologique conclut à l'absence d'opacité du cristallin et est normal par ailleurs.

Des examens radiographiques du rachis cervical et des deux mains ne montrent pratiquement aucune anomalie importante en particulier pas de géodes ni d'encoches au niveau des mains.

Le malade est vu par Monsieur le Professeur de SEZE le 27 Janvier 1959 qui, d'après les données positives et négatives cliniques, électriques, biologiques et radiologiques, élimine l'étiologie cervicale et porte le diagnostic de syndrome du canal carpien probablement par compression du nerf médian par des formations d'origine goutteuse et propose l'intervention pour décompresser le nerf médian à son passage en arrière du ligament annulaire antérieur du carpe.

Le malade est opéré le 11 Février 1959, dans le service du Docteur CALVET à Lariboisière, sous couvert de colchicine, cortancyl et antibiotiques.

Compte rendu opératoire :

Intervention chirurgicale pratiquée sous bande d'Esmarch.

Incision en baillonnette pratiquée sur la face antérieure du poignet droit.

Section du tendon du muscle petit palmaire. Exérèse de la partie antérieure du ligament annulaire antérieur.

Le nerf médian est soulevé légèrement par une saillie du massif carpien. Le tendon du fléchisseur situé en dedans du nerf est volumineux et infiltré de concrétions dures qui pourraient être des tophi.

On racle le tendon, on libère le nerf jusque dans la paume. On ne referme que les plans superficiels sur un drainage de Redon.

L'examen anatomique des pièces opératoires - confirme l'origine goutteuse de la compression : dépôts uratiques.

Les suites opératoires sont sans histoire et le malade quitte l'hôpital le 26 Février 1959.

Les premiers troubles à disparaître sont les causalgies, ensuite les paresthésies au niveau du quatrième doigt, suivies par une amélioration de la motricité et de la sensibilité et la disparition des paresthésies au niveau des autres doigts.

En cinq mois, tout est terminé et le malade ne souffre plus et n'a plus aucun déficit.

Au mois d'Août 1959, un tableau exactement symétrique au premier se fait jour à la main gauche. Opéré en Novembre 1959, on trouve à l'examen des concrétions uratiques au niveau d'un tendon fléchisseur, touchant et comprimant le nerf médian gauche. Les suites opératoires sont bonnes et vers le mois d'Avril 1960, tout trouble a disparu.

Traité depuis, par le G 28 315 sans succès (crises de goutte aiguë répétées et violentes) on est venu récemment au béméride qui semble pour le moment bien supporté.

L'uricémie, en Janvier 1962, est à 83 mg pour mille et il y a de nombreux tophi au niveau des doigts de la main droite ankylosant plusieurs articulations interphalangiennes.

Malgré cela, le malade est très satisfait des résultats des interventions et " attends impatiemment la découverte d'un uricosurique-miracle qui me débarrassera complètement de ce qui me reste de ma maladie, car je suis à moitié guéri ".

IV

COMMENTAIRES

-:-

Le diagnostic de goutte tophacée ne fait aucun doute.

S'il pouvait y avoir un doute sur l'étiologie ou la nosologie du syndrome neurologique du fait de certaines anomalies cliniques comme l'hypoesthésie débordant largement sur les zones innervées par le radial et par le rameau cutané palmaire du médian (bien que celui-ci puisse parfois naître atypiquement plus bas et faire partie du tableau clinique du syndrome du canal carpien), l'examen électrique des muscles a bien précisé l'atteinte élective du médian.

Les troubles diffus atteignant l'ensemble de la main gauche nous font penser qu'il est aléa-aléatoire de compter sur une description subjective complète et juste de la part du malade, dès que celui-ci souffre de troubles de la sensibilité et l'examen objectif prend une place prépondérante dans l'établissement du diagnostic.

Mentionnons en passant que le signe de Thinel et le signe de flexion et extension forcées du poignet pratiqués pré-opératoirement ont été positifs des deux côtés.

Il est intéressant de noter que le malade était vu trois mois après les débuts des troubles au niveau de la main droite (c'est-à-dire très tôt), et que l'atteinte de la main gauche a suivi de près la guérison à droite ; ce qui donne à penser que plusieurs cas bilatéraux, pour peu qu'ils soient vus tardivement, ne sont en réalité que atteintes successives des deux côtés.

La première crise de goutte aiguë au niveau de la main droite et du poignet droit a eu lieu en Janvier 1958. Notons la rapidité avec laquelle s'est constituée une goutte tophacée à ce niveau ou admettons que l'évolution des tophi a précédé la crise aiguë.

La récupération post-opératoire, bien que totale au bout de cinq mois, ne s'est faite que très progressivement.

V

CAS DE LA LITTÉRATURE

-:-

Cas N° I (E.E. WARD, W.H. BICKEL, K.B. CORBIN)

Un homme, âgé de cinquante six ans, est vu à la Mayo-Clinic en Janvier 1957, se plaignant de douleurs, faiblesse et engourdissement des doigts des deux mains durant les deux années précédant l'hospitalisation. En 1942: première crise de goutte aiguë et immédiatement après, on trouve une hyperuricémie ; de 1942 à 1948 : quatre crises de sévérité moyenne ; en 1948 : une crise d'une violence extrême touchant les chevilles et différentes articulations des pieds. Depuis, les pieds et les chevilles sont restés tuméfiés et douloureux, des crises fréquentes de goutte aiguë atteignent une ou plusieurs articulations surtout les métatarsophalangiennes, les articulations du tarse, chevilles, genoux, poignets, coudes et doigts. Depuis 1950 : dépôts tophacés sur la face antérieure du poignet, sur les orteils, sur différentes articulations des doigts, dans la bourse séreuse olécraniennne et au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. En 1953 et 1954, on excise de larges tophi de la région de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, de la cheville gauche et des des deux bourses olécraniennes.

Après chaque intervention, plusieurs crises sérieuses de goutte aiguë. Depuis ce temps, le malade qui n'avait pas eu de traitement jusque là est traité par le bénomide (0,5 g) et colchicine (0,6 mg) deux fois par jour.

Depuis 1955, le malade notait des paresthésies intermittentes des quatre premiers doigts des deux mains avec douleur au niveau des doigts et des poignets surtout lorsqu'il s'en servait.

Les doigts, et surtout les pouces faiblissaient régulièrement. Les fourmillements et la douleur s'aggravaient, il était pratiquement incapable de se servir des ses deux mains.

A l'examen :

Malade légèrement obèse. Des tophi comme décrits plus haut. Ceux de la face antérieure du poignet avaient trois, quatre centimètres de diamètre. Les muscles de l'émence thénar droite atrophiés. Les muscles des éminences thénar hypothénar et intersosseux des deux mains légèrement faibles (plus à droite qu'à gauche), hypoesthésie de la région innervée par le médian à droite.

- Uricémie : 102 mg pour mille
- Radiographie des poignets et des mains : ostéoporose plus marquée à droite.
- L'examen électromyographique ne montre ni fibrillation, ni fasciculation de l'opposant et du court abducteur.
- La contracture volontaire donne des potentiels d'action d'amplitude normale, mais de nombre réduit.
- La stimulation électrique du médian montre un allongement des temps de conduction pour les muscles des deux loges thénariennes.

Le diagnostic est celui de syndromes du

canal carpien (névrite du médian) bilatéral par compression du nerf dû à des dépôts tophacés.

Le 17 Janvier 1957 : intervention.

On enlève les dépôts uratiques et on sectionne le ligament annulaire **antérieur**. Il y avait bilatéralement quelques tophi dans les tendons fléchisseurs superficiels et de larges dépôts dans les tendons profonds et dans les gaines synoviales. Une masse assez considérable de cristaux d'urate se trouvait en arrière des tendons fléchisseurs reposant sur la membrane interosseuse et les muscles carrés pronateurs. Les ligaments annulaires antérieurs droits étaient épaissis.

L'examen anatomopathologique confirme la nature uratique de toutes les pièces enlevées.

Une crise violente de goutte aiguë a lieu après l'opération, jugulée par l'aspirine et la colchicine.

Les résultats immédiats de l'intervention étaient une amélioration immédiate au niveau de la main gauche avec aggravation des symptômes à la main droite; ce n'est que quatre mois plus tard que le malade a accusé une amélioration nette des symptômes au niveau de sa main droite et a pu reprendre toutes les activités manuelles.

Commentaires :

Syndrome du canal carpien d'origine goutteuse indiscutable avec des signes neurologiques un peu atypiques.

Soulignons l'importance de l'examen électrique

et demandons-nous encore dans quelle mesure un malade qui souffre d'une région donnée est capable de fournir des renseignements assez précis à l'examen clinique.

Soulignons en plus le mode un peu étrange des récupérations post-opératoires.

Doit-on jamais opérer un goutteux sans couvert de colchicine ?

Cas N° 2 (ARLET, FICAT, MARTINEZ Août 1958)

Monsieur P... , Cinquante neuf ans, gendarme.

Les premières manifestations articulaires apparaissent en 1935, atypiques, purement arthralgiques aux chevilles et aux genoux. De 1935 à 1946 : crise polyarticulaire peu fluctuante, parfois fébrile, réitérée tous les deux ans. En 1946 : première crise typique au niveau du gros orteil gauche . Et en 1954 : premiers tophi, en particulier au poignet.

Monsieur P... est hospitalisé pour la première fois, en Mai 1956, dans le service de neurologie. Il se plaignait de douleurs et de raideur articulaires au niveau des poignets des doigts, des genoux, des chevilles, des orteils et présentait de nombreux et volumineux tophi localisés aux coudes, poignets, doigts, genoux, cou de pieds, orteils, juxtaarticulaires et juxtaosseux, entraînant une gêne fonctionnelle importante au niveau des doigts, par leur nombre et leur volume. Les troisième et quatrième doigts de la main gauche, en particulier, étaient déformés par une infiltration uratique prédominant autour des phalanges et des articulations métacarpophalangiennes.

L'examen général montrait une tension à 22 / 8 sans signe cardiaque (électrocardiogramme

normal). La fonction rénale paraissait peu altérée, malgré une azotémie à 0,60 g et une clearance uréique à quarante pour cent. Pas de protéinurie, ni cylindrurie. L'U.I.V. : bonne sécrétion. Cholestérol : 2,25 g . Uricémie : 58 mg.

Sur les radiographies des mains et des pieds: dépôts tophacés nombreux, très nettement visibles autour de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil et des premières phalanges des troisième et quatrième doigts gauches. Très importantes lésions destructives osseuses surtout au niveau de la base et de la tête du premier métatarsien gauche et au niveau de la première phalange du troisième doigt gauche où l'os était soufflé, la corticale interrompue.

Le malade était mis en traitement par la colchicine associée au cortancyl (dix à quinze milligrammes), puis au bénomide (un gramme) douze mois après.

Seconde hospitalisation en Décembre 1957. Pas de nouvelle crise, mais persistance des tophi. Le malade présentait des parasthésies permanentes siégeant à la pulpe des deuxième et troisièmes doigts de la main droite . De plus, la mobilisation réveillait des douleurs vives irradiant du poignet vers les quatre premiers doigts.

A l'examen, ces doigts étaient maintenus en demi flexion. La peau était froide, sèche et épaissie. On notait une hypoesthésie à tous les modes dans le territoire du médian à partir de la base des quatre premiers doigts respectant le côté interne du quatrième. Sensibilité normale à l'éminence thénar. Les mouvements actifs des doigts de la main droite étaient limités dans les deux sens en particulier la flexion

était bloquée lorsque la pulpe des doigts était à cinq centimètres du talon de la main. Les mouvements de l'adducteur du pouce et des interos-seux étaient conservés. Pas d'amiotrophie notable. Le poignet droit était tuméfié. Sa face palmaire était occupée par une masse tophacée ovalaire un peu mobile sur les plans profonds. La pression de cette masse était douloureuse et réveillait des fourmillements de la pulpe des deuxième et troisième doigts.

On concluait donc à une compression du médian par un volumineux tophus palmo-carpien et une intervention était décidée.

Compte rendu opératoire (15 Janvier 1958)

Incision longitudinale médiane à la partie inférieure de l'avant-bras droit, ouverture du toit du canal carpien qui est soulevé par une masse dure, irrégulière. Le nerf médian est comprimé, entre deux tophi, l'un externe et libre, l'autre interne, inclus dans le tendon fléchisseur superficiel du quatrième doigt qui est volumineux, déformé et dont la matière crétacée n'est pas dissociable du tissu tendineux lui-même.

Le plancher du canal est libre mais parsemé de petits dépôts tophacés. Le toit est incisé d'un bout à l'autre et le tendon du quatrième doigt nettoyé au mieux. La plaie est refermée en laissant le canal libre sans reconstituer le ligament.

Suites opératoires

Le soir même de l'intervention, les douleurs sur le territoire du médian disparaissent. Dès le troisième jour, la flexion des doigts est améliorée, la pulpe atteignant la paume des mains, la sensibilité était redevenue normale. Au dixième jour, persistaient quelques fourmillements des extrémités des doigts.

Examen anatomopathologique

Tendon infiltré et quasi remplacé par un tophus typique, fait de dépôts uratiques anhystrés, arrondis, bordés par des cloisons conjonctives avec une très importante réaction macrophagique et gigantomacrophagique.

Commentaires

Soulignons le temps mis par le tophus à comprimer le médian malgré sa taille importante. Notons en plus la rapidité de la disparition des troubles.

Cas N° 3 (L.A. GROSSMANN, M. GROSSMANN, H.J. CAPLAN, F.B. OWEN)

Un homme âgé de cinquante et un ans, pharmacien, est admis le 28 Août 1959, à l'Hôpital Saint-Thomas de Nashville. Pendant dix huit ans, il souffrait de tuméfaction et douleur articulaires au niveau des articulations interphalangiennes, métacarpo-phalangiennes, des poignets, des genoux et des chevilles. Un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avait été porté et pendant neuf ans, il était traité par différents corticoïdes. Au moment de son entrée à l'Hôpital, il prenait cinquante milligrammes de cortisone par jour. Pendant les six mois précédant son admission, il souffrait de paresthésie causalgique des trois premiers doigts de la main droite. La douleur était insupportable, avait lieu de préférence la nuit et empêchait tout sommeil. Pas d'antécédents familiaux.

A l'examen :

- Tension artérielle : 20 / 13
- Epaississement des artères rétiniennes et périphériques.

- Les articulations des poignets et métarcarpo-phalangiennes sont très déformées.
- De larges compressions dans les deux zones olécraniennes.
- Tuméfaction importante des deux genoux et déformation de degrés variables au niveau des orteils.
- Pas d'atteinte motrice.

L'examen radiologique met en évidence la présence de géodes et d'encoches multiples au niveau des premier et deuxième doigts droits et des lésions identiques dans les os du tarse et du métatarse à gauche. Calcification extensible des tissus mous.

L'uricémie est au-dessus de cent milligrammes pour mille.

Le 29 Août 1959, on pratique une décompression du nerf médian sous anesthésie régionale. On trouve de multiples dépôts au niveau des tendons fléchisseurs profonds et des gaines synoviales. Un grand nodule est enlevé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

L'examen anatomopathologique met en évidence la nature uratique des dépôts.

L'amélioration est immédiate et complète.

Commentaires

Nous voici devant un cas bien intéressant où un malade qui n'a jamais fait de crises de goutte aiguë et chez qui le diagnostic de goutte n'a jamais été porté fait un syndrome du canal carpien d'origine goutteuse qui permet une guérison radicale des troubles sensitifs et en même temps le diagnostic de goutte tophacée.

Notons l'aspect clinique incomplet du syndrome sans troubles moteurs, ce qui nous amène à penser que le syndrome du canal carpien n'est complet que lorsque la compression elle-même l'est, et que tous les intermédiaires sont possibles.

VI

NOTE THERAPEUTIQUE

-:-

Il semble que dans tous les cas vus des syndromes du canal carpien d'origine goutteuse le traitement de choix soit l'intervention qui a pour but la décompression du nerf médian à son passage dans le canal carpien.

Certains auteurs anglo-saxons ont voulu classer la goutte parmi les contre indications de l'intervention sous prétexte que toute l'attention doit être portée sur la maladie générale et que toute intervention locale ne fait qu'aggraver l'évolution générale. Ces considérations ne nous semblent pas convaincantes, car le problème local existe réellement en tant qu'entité à part. N'avons-nous pas vu Monsieur M... se considérer presque entièrement guéri après les interventions réussies bien que sa maladie goutteuse ait continué à faire ses ravages par ailleurs ?

Il semble même que l'intervention puisse poursuivre un but général. Avec les traitements par les uricosuriques, il y a passage des urates des tophi vers le " pool miscible " de l'organisme et chaque soustraction des tophi enlève une partie de cette potentialité morbide des tophi.

Quant à la procédure chirurgicale elle-même, il ne semble pas qu'on doive faire une intervention extensive. Il faut aussi éviter les incisions verticales du poignet vers la paume responsables de la formation des cicatrices chéloïdes.

La thérapeutique locale chirurgicale ne doit jamais faire oublier les problèmes généraux posés par la maladie goutteuse qu'il faut continuer à traiter énergiquement par tous les moyens dont on dispose aujourd'hui.

Pour terminer, rappelons encore la nécessité de ne pratiquer l'intervention que sous couvert de colchicine. On évite ainsi au malade le désagrément d'une crise de goutte aiguë dans les suites opératoires immédiates.

CONCLUSIONS

:-:-

- 1- Le syndrome du canal carpien, connu depuis 1913, peut être dû à un grand nombre de causes. Ce n'est qu'à partir de 1958 que des cas de ce syndrome d'origine goutteuse sont rapportés. L'existence des tophi goutteux comprimant le nerf médian au canal carpien ne peut plus être mise en doute.
- 2- Le problème diagnostique est facilité par le fait que le syndrome n'apparaît que tardivement dans l'évolution de la maladie goutteuse. Nous avons quand même vu un cas où le diagnostic de goutte n'a été fait qu'après l'opération par le résultat de l'examen anatomopathologique. Le tableau clinique ~~subjectif~~ des troubles ressentis par le malade doit être complété par l'examen minutieux de la sensibilité et de la motricité et surtout par l'examen électrique qui précise l'atteinte réelle et exclusive du nerf médian. Le syndrome du canal carpien étant plus fréquent chez la femme et la goutte tophacée plus fréquente chez l'homme, un nouvel élément d'aiguillage vers le diagnostic est fourni dans les cas de ce syndrome chez l'homme.
- 3- Il n'est pas besoin de chercher une explication pathogénique, traumatique, vasculaire ou

endocrinienne au syndrome du canal carpien sur terrain goutteux, la compression mécanique du nerf médian par les concrétions uratiques suffit pour l'expliquer.

4- Le diagnostic différentiel se confond avec celui du syndrome dans les autres étiologies. Il est facilité par le fait de l'atteinte partielle du territoire d'innervation du nerf médian au membre supérieur n'intéressant que les zones innervées par les branches du nerf naissant en bas du ligament annulaire antérieur du carpe.

5- Le traitement de choix est l'intervention chirurgicale de décompression, pratiquée sous couvert de colchicine, permettant la disparition des troubles parasthésiques et algiques en même temps qu'elle arrête l'évolution de l'amyotrophie avec une bonne possibilité de récupération qui se fait plus ou moins longtemps après l'opération, comme nous l'avons vu dans les différents cas étudiés.

6- Nous l'avons déjà dit, le nombre des cas de syndrome du canal carpien d'origine goutteuse est encore minime. Mais n'est-il pas possible qu'avec la meilleure connaissance que nous avons du syndrome, maintenant ce nombre ira en grandissant et beaucoup de malades qui auraient, il y a quelques années encore, supporté leurs troubles comme un mal irréparable, seront soulagés d'un syndrome pénible et créateur d'incapacités au niveau de la région de la main, si importante pour tous les actes de la vie.

Vu :
Le Président :
Signé : de SEZE

Vu :
Le Doyen :
Signé : L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

J. ARLET, P. FICAT, J. MARTINEZ

Syndrome du canal carpien par compression
au cours d'une goutte tophacée grave
Revue du rhumatisme 7-8 581-584 1958

L.A. GROSSMANN, et collaborateurs

Carpal tunnel syndrome manifestation of
system disease
J.A.M.A. 176 4 259-261 1961

R.S. GROW

Treatment of carpal tunnel syndrome
British Medical Journal I 1611-1615
1960

F. KERSENBAUME

Le syndrome du canal carpien. A propos
de cinq observations
Thèse Paris 1961 84 pages dactyl.

P. LAMBERT

Le syndrome du canal carpien
Rhumatologie 2 86 - 97 1958

ROUVIERE

Le nerf médian
Anatomie humaine Tome II 6ème édition
178-184 Masson et Cie

SCHLESINGER et collaborateurs

Fundamentals, facts and fallacies in the

carpal tunne syndrome
American Journal of Surgery 97 466-470
1960

S. de SEZE et A. RYCKEWAERT
La goutte
Edition Scientifique Française I vol
268 p 1960

J. SIGWALD
La paralysie du nerf médian
Encyclopédie médoco-chirurgicale Neuro-
logie II

J.H. TALBOTT
Gout and gouty arthritis
Grune and Stratton New-York 1953
I vol 87 p

E.L. WARD et collaborateurs
Median Neuritis (carpal tunnel syndro
me) caused by gouty tophi
J.A.M.A. 167 7 844-846 1958

TABLE DES MATIERES

-:-

	pages
INTRODUCTION	15
I - RAPPEL ANATOMIQUE	16
II - RAPPEL CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE	18
III - CAS DE MONSIEUR M... ..	21
IV - COMMENTAIRES	28
V - CAS DE LA LITTERATURE	30
VI - NOTE THERAPEUTIQUE	39
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES MATIERES	45

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

-:-

